

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель Правления — Д.А.Гранов, ответственный секретарь — Д.Ю.Бояринова,
референт — Ю.В.Плотников

2464-е заседание 27.01.2016 г.

Председатель — С.Я.Ивануса

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *А.В.Лодыгин, А.С.Ремизов, Д.А.Ефанов, Э.Э.Топузов* (НУЗ Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД», кафедра госпитальной хирургии им. В.А.Оппеля СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург). **Гастропанкреато-дуоденальная резекция у пациента с тяжелым течением хронического панкреатита.**

Больной Г., 49 лет, госпитализирован в хирургическое отделение 29.04.2015 г. в экстренном порядке с жалобами на выраженные боли в верхних отделах живота, тошноту, рвоту съеденной пищей, резкое снижение массы тела. Индекс массы тела пациента при поступлении 17,6. Из анамнеза известно, что пациент страдает хроническим рецидивирующим панкреатитом с 2011 г., его многократно госпитализировали. В ноябре 2011 г. экстренно оперирован по поводу абсцесса головки поджелудочной железы — выполнены лапаротомия и дренирование абсцесса, холецистостомия. В отделении пациенту проведено комплексное обследование. По данным УЗИ, СКТ, МР-холангиографии — картина объемного образования головки поджелудочной железы, стеноза двенадцатиперстной кишки (ДПК), холангиоэктазии. По данным ФГДС и рентгенографии — картина декомпенсированного стеноза ДПК. Эндоскопически установлен зонд для питания за область стеноза. В течение 2 нед больному проводили комплексную предоперационную подготовку, включающую инфузионную терапию, нутриционную поддержку. 12.05.2015 г. выполнена плановая операция: лапаротомия, тотальный адгезиолизис, гастропанкреато-дуоденальная резекция. Послеоперационный период протекал тяжело. На 5-е сутки после операции развилась несостоятельность билиодигестивного анастомоза. Клиническая ситуация не требовала повторной операции. На 10-е сутки после операции у больного появилась клиника перитонита. По данным СКТ, имелось большое количество жидкости во всех отделах брюшной полости. С подозрением на желчный перитонит больной экстренно оперирован 22.05.2015 г. Во время операции выявлено, что имеется небольшой дефект билиодигестивного анастомоза (2 мм), признаков желчного перитонита нет, в брюшной полости большое количество серозной жидкости. Выполнены санация, дренирование брюшной полости. Последующий послеоперационный период протекал без осложнений, желчный свищ самостоятельно закрылся. На 30-е сутки после

операции пациент в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение.

Ответы на вопросы. До операции больной принимал от боли нестероидные противовоспалительные средства до 10 таблеток в день. Использовали балльную оценку болевого синдрома. Главный панкреатический проток был расширен до 8 мм, конкрементов не содержал. Показаниями к операции были дистрофия, фиброзная деформация поджелудочной железы. Признаки портальной гипертензии на операции были. Панкреато-еюноанастомоз формировали на «потерянном дренаже». Состояние улучшилось, прибавил в массе тела с 49 до 78 кг. Уровень глюкозы крови в пределах нормы. Стул нормальный, 1–2 раза в сутки. Работает электромонтёром.

Прения

А.В.Павловский. Основное показание для панкреато-дуоденальной резекции (ПДР) — хотя бы подозрение на рак. Диагноз поставить трудно, даже с помощью пункции и трепанобиопсии. Нужно исследовать онкомаркёры. Было бы целесообразно сохранить желудок.

Н.Ю.Коханенко. Согласен с предыдущим выступлением. Желательно было вместо ПДР формировать анастомозы, сохранить хотя бы часть ткани железы для предупреждения ферментной недостаточности и сахарного диабета.

С.Я.Ивануса (председатель). Цель операции при хроническом панкреатите — ликвидировать гипертензию, что обычно достигается с помощью операций Фрея, Бегера и др. Но операция авторов принесла улучшение в состоянии больного. В нашей клинике мы произвели ПДР у 4 больных с хроническим отдалённым результатом.

2. *Н.Ю.Коханенко, Ю.Н.Ширяев, А.В.Глебова, И.М.Султанова* (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова, СПбГПМУ, Мариинская больница, Санкт-Петербург). **Сложности ранней диагностики рака поджелудочной железы на современном этапе.**

У больной М., 75 лет, при амбулаторном УЗИ 31.07.2014 г. случайно выявлена опухоль тела поджелудочной железы (ПЖ) диаметром 1,6 см. Обследована в клинике 15–22.09.2014 г. По данным УЗИ, МРТ, эндоУЗИ, КТ органов брюшной полости, в теле ПЖ выявлено образование размером 0,9×1,6–1,4×0,4 см. По результатам исследований было решено наблюдать больную. Повторно больная госпитализирована и обследована 15.12.2014 г. При контрольном обследовании (УЗИ, МРТ, эндоУЗИ, КТ органов брюшной полости) образование в теле ПЖ стало размером 1×1,8–1,6×0,6 см. С учетом динамики в сто-

рону увеличения данного образования принято решение оперировать больную. Операция 24.12.2014 г.: дистальная субтотальная резекция поджелудочной железы, спленэктомия, интраоперационная фотодинамическая терапия. Во время операции в области перешейка ПЖ выявлено образование размером 1,5×1,7 см, несмещаемое, макроскопически похожее на раковую опухоль. При срочном гистологическом исследовании — аденокарцинома. Выполнена дистальная субтотальная резекция ПЖ вместе с селезенкой. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Жалоб в настоящее время не предъявляет.

Ответы на вопросы. После операции развился сахарный диабет, получает инсулин. Интраоперационную тонкоигольную биопсию делают всегда. В зависимости от особенностей метастазирования стараемся выполнить резекцию либо правой, либо левой части железы. Край препарата не исследовали, основывались на макроскопических данных.

Прения

М.Ю.Кабанов. Опухоль перешейка могла требовать меньшего объема резекции железы.

А.В.Павловский. Демонстрация поставила ряд вопросов. ЭндоУЗИ проблему не решило. В УЗИ должны участвовать специалист УЗИ и хирург. Верификация достигается тонкоигольной пункционной или трепанобиопсией (при опухолях более 3 см). Онкомаркеры при малых размерах опухоли не показательны. Отрицательные данные эндоУЗИ не исключают опухоль. Считаем необходимой дооперационную химиолучевую терапию. При данной локализации метастазирование периневральное в сторону чревного ствола, поэтому дистальная резекция является стандартным объемом, но хвост железы желателно сохранить.

С.Я.Ивануса (председатель). 3 мес наблюдения для решения тактических вопросов немного. Всегда желателно иметь морфологическое подтверждение строения опухоли до операции и состояние края препарата во время неё.

ДОКЛАД

П.Г.Таразов, А.А.Поликарпов, Д.А.Гранов, Ю.В.Суворова, А.В.Козлов (Российский научный центр радиологии и хирургических технологий, Санкт-Петербург). **Кровотечение вследствие панкреатита после гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР): эффективность рентгеноэндovasкулярных вмешательств.**

За период 2005–2014 гг. ГПДР выполнена у 148 пациентов. Артериальное кровотечение, сопровождавшееся геморрагическим шоком, развилось на 12–42-е сутки после операции у 8 больных (5,4%). К этому моменту у всех больных имели место послеоперационный панкреатит с образованием наружного панкреатического свища и крайне высокий риск открытого хирургического вмешательства. Всем пациентам выполнены экстренные рентгеноэндovasкулярные процедуры. Потребовалось осуществить 11 ангиографических вмешательств: 6 — эмболизаций и 5 — установок стент-графта. Выбор метода гемостаза зависел от локализации и размеров повреждения артерий. Все процедуры были технически успешны. Дальнейший прогноз определялся эффективностью лечения осложнений и течением основного заболевания. Таким образом, рентгеноэндovasкулярный гемостаз является методом выбора в лечении массивного висцерального кровотечения вследствие послеоперационного панкреатита у больных с высоким хирургическим риском.

Ответы на вопросы. Ни у одного больного лапаротомия по поводу кровотечения не выполняли. При рецидивах кровотечения осуществляли повторную эмболизацию.

Прения

Д.А.Гранов. Кровотечение у всех больных возникло на фоне панкреатита или несостоятельности швов вследствие агрессивного содержимого. Все кровотечения артериальные. Интервенционная радиология здесь первенствует. Результаты операций хуже. Обязательны предварительная ангиография, оценка возможности гемостаза и выполнение его. Медикаментозная терапия направлена на лечение диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.

Н.Ю.Коханенко. Интервенционная радиология изменила хирургию. Кровотечение после ПДР отмечается нечасто: у 8 из 148 больных. При хирургических вмешательствах летальность достигает 50%. Наш опыт — около 700 ПДР — тоже указывает на редкость этого осложнения. Если аневризма селезеночной артерии выявляется до операции, всегда можно надеяться на успех.

Б.Н.Котив. Все кровотечения — поздние. Кровотечение артериальное, двухмоментное, сосуды обнажены. Рецидив можно прогнозировать. Нельзя исключать возможность несостоятельности венозных анастомозов.

К.В.Павелец. Видна совместная работа радиологов и хирургов. После операций достичь гемостаза хирургически очень сложно. Одной из мер профилактики является перевязка у самого основания гастродуоденальной артерии.

Д.А.Гранов. Это поздние кровотечения, возникающие на фоне ухудшения гемодинамики, что вызывает тревогу и действия хирургов. Если только снижается уровень гемоглобина, картина другая.

С.Я.Ивануса (председатель). Для эффективного применения надо иметь возможность использовать рентгеноваскулярные методики круглосуточно. Но нельзя списывать в архив хирургическую помощь.

Поступил в редакцию 27.04.2016 г.

2465-е заседание 10.02.2016 г.

Председатель — Д.А.Гранов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *В.П.Земляной, Б.В.Сигуа, А.Б.Сингаевский, А.В.Никифорова, Е.П.Бурлаченко, Д.В.Гуржий, П.А.Котков* (кафедра факультетской хирургии им. И.И.Грекова, ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова», Санкт-Петербург). **Гастроинтестинальная стромальная опухоль подвздошной кишки как источник рецидивирующих кишечных кровотечений с тяжелой степенью кровопотери.**

Пациент М., 46 лет, поступил в нашу клинику 13.02.2014 г. в плановом порядке с диагнозом направления: образование ректосигмоидного отдела толстой кишки, осложненное рецидивирующими кишечными кровотечениями. Из анамнеза известно, что с августа 2013 г. пациент отмечал появление темной крови со стулом. Дважды выполняли фиброколоноскопию: патологических изменений толстой кишки обнаружено не было. Больному проводили лечение в условиях хирургических отделений по поводу рецидивов мас-

сивного кишечного кровотечения со снижением гемоглобина до 46 г/л. 05.02.2014 г. пациенту выполнена МРТ органов брюшной полости и малого таза. Обнаружено объемное кистозно-солидное образование в проекции ректосигмоидного отдела толстой кишки на 11 см выше анального отверстия, циркулярно суживающее просвет кишки на этом уровне. В клинике факультетской хирургии им. И.И. Грекова пациенту были повторно выполнены фиброколоноскопия и ирригоскопия, в ходе которых патологических объемных образований толстой кишки выявлено не было. При УЗИ брюшной полости выявлено новообразование в проекции малого таза, позади мочевого пузыря. 26.02.2014 г. пациенту была выполнена диагностическая лапароскопия, в ходе которой обнаружено округлое образование диаметром до 10 см, исходящее из брыжейки подвздошной кишки и прорастающее её стенку в 80 см от илеоцекального клапана, свободно располагающееся в малом тазу. Осуществлена лапароскопически-ассистированная резекция тонкой кишки. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки после оперативного вмешательства. При гистологическом исследовании обнаружено, что опухоль микрокопически представлена структурами злокачественной неэпителиальной опухоли, построенной по типу GIST, растущая в слизистую оболочку и выступающая в просвет кишки.

Ответы на вопросы. По поводу кровотечения дважды госпитализировался в стационар с промежутками 2 мес. Опухоль проросла брыжеечный край тонкой кишки. Имелась низкая митотическая активность, что не требовало иммунотерапии (гливек, иматиниб). Объем резекции — по 15 см в обе стороны от опухоли. Гемангиома печени диаметром 3 см, выявленная во время операции, в течение наблюдения в размерах не изменилась и не требует лечения.

Прения

М.Д.Ханевич. GIST-опухоли встречаются всё чаще. Раньше их диагностировали как саркомы, шванномы. Наблюдение показало, что опухоли тонкой кишки можно выявить при УЗИ. За гемангиомой печени надо наблюдать, она может оказаться метастазом.

Д.А.Гранов (председатель). GIST-опухоли, действительно, встречаются все чаще. Их можно выявить при ангиографии в 100%. В двух стационарах исследования были недостаточными. Терапия гливексом позволяет значительно удлинить жизнь больным. Пациент подлежит наблюдению.

2. *С.Я.Ивануса, М.В.Лазуткин, И.Е.Онницев, Д.П.Шершень, С.А.Алентьев* (кафедра общей хирургии, ВМедА им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург). **Диагностика и лечение желудочно-кишечного кровотечения на фоне системной коагулопатии.**

Пациентка Ф., 58 лет, поступила в клинику общей хирургии по экстренным показаниям 12.04.2012 г. с диагнозом направления: желудочно-кишечное кровотечение. При поступлении предъявляла жалобы на слабость, недомогание, тошноту, кал чёрного цвета. С 2011 г. неоднократно находилась на стационарном лечении в лечебных учреждениях Санкт-Петербурга с диагнозом: сосудистые мальформации тонкой кишки, осложненные рецидивирующими кровотечениями. Проводили гемостатическую терапию с кратковременным положительным эффектом. При поступлении состояние больной расценено как средней тяжести. Помещена в ОРИТ. Выполнены ЭГДС и колоноскопия,

данных за желудочно-кишечное кровотечение не выявлено. Начата инфузионная, гемостатическая, антисекреторная, гемотрансфузионная терапия. В лабораторных показателях отмечалась анемия (Hb 64 г/л), изменений в коагулограмме (ПТИ, АЧТВ, МНО) не выявлено. С 14.04.2012 г. ухудшилось общее состояние, появился чёрный кал. Нарастала анемия (Hb 58 г/л). Выполнена ЭГДС: выявлены 2 дефекта слизистой оболочки нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки (ДПК) с продолжающимся кровотечением. Произведен эндоскопический гемостаз клипированием дефектов слизистой оболочки. 15.04.2012 г. контрольная ЭГДС: множественные дефекты слизистой оболочки ДПК, осложнённые кровотечением. Эндоскопический гемостаз клипированием. Учитывая тяжесть кровотечения, неэффективность эндоскопического гемостаза, определены показания к проведению ангиографии и эндоваскулярного гемостаза. Выполнены: артериопортография, артериогепатография, суперселективная эмболизация ветви верхней брыжеечной артерии, кровоснабжающей дуоденоюнальный изгиб тонкой кишки. С 15.04.2012 г. по 02.05.2012 г. проводили корректирующую поливалентную инфузионную, гемостатическую, антисекреторную терапию. Данных за рецидив кишечного кровотечения не было. С 03.05.2012 г. появились клинические признаки рецидива кишечного кровотечения (чёрный кал, нарастание анемии). 03–04.05.2012 г. выполнена капсульная эндоскопия. Заключение: продолжающееся кровотечение из проксимальных отделов тонкой кишки (возможные источники: множественные мелкие эрозии и очаг гиперплазии с эрозией и тромбированным сосудом). Консилиумом принято решение выполнить диагностическую лапаротомию, тотальную энтероскопию. Операция 04.05.2012 г.: лапаротомия, тотальная энтероскопия, резекция участков тощей и подвздошной кишки. На операции: в тонкой кишке кишечное содержимое чёрного цвета, в 60 см от дуоденоюнального изгиба множественные участки измененной слизистой оболочки диаметром до 5 мм. В подвздошной кишке множественные участки слизистой оболочки с геморрагическим пропитыванием. Выполнена резекция 60 см тощей и 40 см подвздошной кишки. При гистологическом исследовании препарата морфологическая картина эрозивного энтерита с выраженным отёком стенки кишки, отмечаются резко выраженное неравномерное полнокровие и диффузная лейкоцитарная и лимфоплазматическая инфильтрация. В раннем послеоперационном периоде развились диффузное кровотечение из послеоперационной раны, поступление геморрагического отделяемого по дренажам из брюшной полости. Пациентка консультирована гематологом. Рекомендовано выполнение развернутой коагулограммы, исследование агрегационной функции тромбоцитов, скрининг гемофилии. На основании полученных лабораторных данных, диагностирован синдром Виллебранда, назначена гемостатическая терапия. 13.05.2012 г. у больной рецидив кишечного кровотечения, переведена в ОРИТ, назначена гемостатическая терапия, переливание препаратов крови. Консультация специалиста Городского центра гемофилии. Рекомендовано продолжить гемотрансфузионную терапию и назначен препарат «Новосэвен». 16.05.2012 г. консультирована заведующим Городским центром гемофилии. На основании данных обследования поставлен диагноз: болезнь Виллебранда I типа. Рекомендовано введение иммуната, при продолжающемся кровотечении — комбинация коагила VII совместно с иммунатом, учитывая изменения в тромбоцитарном звене гемостаза, — переливание тромбо-

цитоконцентрата и криопреципитата. В дальнейшем на фоне проводимой терапии отмечали положительную динамику, признаков рецидива кровотечения не было. 05.06.2012 г. в удовлетворительном состоянии больная выписана на амбулаторное лечение по месту жительства под наблюдение эндокринолога, терапевта и гематолога центра гемофилии. В настоящее время состояние пациентки удовлетворительное.

Ответы на вопросы. Поражённые участки тонкой кишки удалены после энтероскопии и отмытия. Ранее перенесённые операции и роды не сопровождалась кровотечением. Уровень VIII фактора контролируется, в его введении больная не нуждается. Проявления болезни развились позже обычного.

Прения

С.Я.Ивануса. Налицо поздняя диагностика болезни. В учреждениях города есть видеокапсулы, энтероскопы. Сосудистые мальформации были видны.

В.А.Кашенко. Больная была в нашем стационаре, где проведено более 300 видеокапсульных исследований. В ошибке диагностики сыграл роль недостаток клинического мышления коллег. Болезнь Виллебранда протекала очень мягко и проявилась поздно. Хирургический источник кровотечения был. Он мог запускать механизм боли. Имело место сочетание болезни крови и редкого источника кровотечения.

Д.А.Гранов (председатель). Трудная диагностическая ситуация разрешена правильным клиническим подходом.

ДОКЛАД

М.А.Волох, А.В.Колокуцкий, Н.Е.Мантурова, Г.Г.Хубулава, А.Ф.Лесняков, Е.С.Романова (ВМедА им. С.М.Кирова, СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург). **Аллотрансплантация сложного комплекса тканей лица. Первый национальный опыт.**

Изучен мировой опыт частичной и полной аллотрансплантации лица. На основании полученных данных определены показания для выполнения данного вида вмешательства у пострадавшего от высоковольтного ожога с тотальным дефектом носа, наружной стенки лобных пазух, мягких тканей верхней трети лица, рубцовой деформацией правой половины лица и шеи. Разработан и выполнен каскад пред- и посттрансплантационного протокола лечения больного в условиях межведомственного взаимодействия. Получены первые результаты после частичной аллотрансплантации лица (более 6 мес наблюдения).

Ответы на вопросы. У донора лица была смерть мозга в результате острого нарушения мозгового кровообращения. Финансирование осуществляло МО РФ. Операционная бригада — из разных учреждений. Сформированы 6 сосудистых анастомозов. Проводили перфузию трансплантата. Имели место тромбоз мелких сосудов и ишемия части трансплантата, но с этим удалось справиться. Пациент доволен результатом. Иннервация сохранена и улучшается. Иммуносупрессивная терапия обязательна.

Прения

Д.А.Гранов (председатель). Для выполнения операции много специалистов из разных учреждений приложили усилия. Главное в трансплантации — создание команды. Это триумф.

Поступил в редакцию 27.04.2016 г.

2466-е заседание 24.02.2016 г.

Председатель — А.В.Хохлов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. М.Б.Борисов, В.В.Суворов, А.А.Рудь, С.И.Микитюк, И.М.Самохвалов (кафедра и клиника военно-полевой хирургии ВМедА им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург). **Многоэтапное хирургическое лечение пострадавшего с тяжелой сочетанной травмой головы, груди, живота и таза.**

Пострадавший К., 32 года, в результате ДТП во время отпуска в Юго-Восточной Азии 20.06.2015 г. получил тяжелую сочетанную травму головы, груди, живота и таза. В местной больнице 20.06.2015 г. выполнено: лапаротомия, резекция тонкой кишки, фиксация левого крестцово-подвздошного и лонного сочленений пластинами. Ввиду миграции металлоконструкций, 02.07.2015 г. произведена рефиксация костей таза пластинами. 04.07.2015 г. в связи с тонкокишечной непроходимостью выполнены релапаротомия, илеостомия, дренирование брюшной полости. 25.07.2015 г. санитарной авиацией доставлен в Санкт-Петербург, где с 25 по 31.07.2015 г. находился на лечении в одной из больниц. После выявления паравезикальной флегмоны больной переведен в нашу клинику. При поступлении сформулирован диагноз: тяжелая сочетанная травма головы, груди, живота, таза 20.06.2015 г., закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга, закрытая травма груди с ушибом легких, двусторонним малым гидротораксом, закрытая травма живота с повреждением подвздошной кишки; окрепший послеоперационный рубец передней брюшной стенки после лапаротомии, релапаротомии, илеостомии; функционирующая илеостома; вертикально-нестабильный перелом костей таза с переломом правой лонной, седалищной и левой лонной костей, разрывом лонного сочленения, переломом боковой массы крестца и разрывом левого крестцово-подвздошного сочленения, фиксированный металлоконструкциями, осложненный развитием паравезикальной флегмоны и нагноением ран; неокрепшие послеоперационные рубцы в области крыла левой подвздошной кости после фиксации левого крестцово-подвздошного сочленения металлоконструкциями и лонного сочленения после фиксации лонного сочленения металлоконструкциями, рефиксации переломов; повторная миграция металлоконструкции и краниальное смещение левой половины таза. В клинике выполнены 31.07.2015 г. вторичная хирургическая обработка гнойного очага, удаление металлоконструкций с лонного сочленения, дренирование паравезикальной клетчатки по Мак-Уортеру — Буальскому, фиксация переднего полукольца таза в стержневом аппарате, установка приливно-отливной системы в полость малого таза; 24.08.2015 г. — фиксация костей таза транспедикулярной системой и канюлированными винтами, 20.11.2015 г. — восстановление непрерывности кишечника. Пострадавший полностью активизирован, передвигается без костылей.

Ответы на вопросы. В стационар поступил через 1 ч после травмы. Операция начата через 12 ч, только после удостоверения администрации госпиталя в возможности оплатить лечение. Паравезикальная флегмона сепсисом не сопровождалась, высевалась клебсиелла. Диагноз травматического шока не ставили. Выбор внешнего мочевого способа фиксации переломов не обсуждали. Илеостома сформирована на 1 м от илеоцекального клапана. Использовали

методики парентерального питания (липофундин). До восстановления непрерывности кишечника прошло 150 дней. В настоящее время жалуется только на умеренные боли в местах крепления аппаратов.

Прения

А.В.Хохлов (председатель). Показано лечение множественного повреждения костного аппарата с внеочаговой фиксацией переломов. Возможно, что было бы лучше раньше восстановить непрерывность желудочно-кишечного тракта.

ДОКЛАД

И.М.Самохвалов, В.И.Бадалов, А.Н.Петров, С.В.Гаврилин, К.П.Головкин, А.В.Гончаров, В.В.Суворов, В.Ю.Маркевич, В.А.Рева, Ю.Н.Петров (кафедра и клиника военно-полевой хирургии ВМедА им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург). **Варианты организации оказания хирургической помощи раненым в современных военных конфликтах.**

В военных конфликтах последних десятилетий только часть раненых получали хирургическую помощь в соответствии с принятой схемой этапного лечения: первая (ПП) и доврачебная (ДВП) помощь, первая врачебная (ПВП), квалифицированная (КХП) и специализированная хирургическая (СХП). У большинства раненых варианты (модели) организации оказания хирургической помощи отличались от стандартной. В условиях стационарного размещения войск и рейдовых боевых действий использовали выдвижение хирургической помощи вперёд с оказанием основных видов СХП в медицинских ротах и гарнизонных госпиталях («афганская» модель). При мобильных боевых действиях с перемещением медицинских частей за войсками и затруднением в них хирургической работы была организована приоритетная эвакуация тяжелораненых вертолетами (после оказания ПВП) непосредственно в приближенные к зоне боевых действий многопрофильные госпитали («чеченская» и «иракская» модели). В условиях отсутствия фиксированного поля боя и асимметричных боевых действий (так называемые гибридные войны) с невозможностью своевременной хирургической помощи оказывали только ПП, ДВП и ПВП с последующей эвакуацией в лечебные учреждения (модели повстанческих движений, «африканская» модель). Рассматривая возможные варианты организации оказания хирургической помощи в будущих военных конфликтах, необходимо учитывать тенденции к созданию бесполётных зон (A2/AD), препятствующих стабильной авиамедицинской эвакуации из передовых медицинских частей, что вынуждает расширять и изменять мероприятия ПВП, в том числе с применением новых технологий временной остановки внутреннего кровотечения. Перспективна разработка роботизированных комплексов для дистанционной хирургии в батальонных тактических группах. Широкое внедрение получает тактика «многоэтапного хирургического лечения» (damage control surgery) с проведением в передовых медицинских частях (2-го уровня) сокращённых операций по медико-тактическим показаниям в качестве ранних мероприятий СХП, осуществляемых с участием хирургов групп усиления. Возрастает роль эшелонированной СХП, проводимой в передовых многопрофильных госпиталях (3-го уровня), где продолжается борьба за жизнь тяжелораненых с применением сокращённых операций по жизненным показаниям и реаниматологической поддержки с последующей ранней (на 2–3-и сутки) авиамедицинской стратегической

эвакуацией в тыловые травмоцентры. Основной задачей организации оказания хирургической помощи в военных конфликтах является определение наиболее приемлемого (оптимального) варианта лечения конкретного раненого в сложившейся на данный момент медико-тактической обстановке, т.е. «получение хирургической помощи ранеными там и тогда, где и когда они в ней нуждаются» (В.А.Опель).

Ответы на вопросы. Создание специализированных самолётов для авиамедицинской эвакуации нерентабельно, чаще для этого переоборудуются гражданские пассажирские самолёты.

Прения

С.Я.Ивануса. Кафедре военно-полевой хирургии исполнилось 85 лет. Это не набор специалистов различного профиля. Кафедра выпускает специалистов, владеющих опытом интегральной оценки тяжести пострадавших, осмыслением задач медицинской помощи в условиях современных войн. Наш опыт учитывается и распространяется в армиях других стран.

А.В.Хохлов (председатель). Заседание сегодня праздничное, отличается не только датой, но и техническими, и тактическими достижениями, приведёнными в докладе.

Поступил в редакцию 27.04.2016 г.

2467-е заседание 09.03.2016 г.

Председатель — А.М.Карачун

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *Н.А.Майстренко, Ал.А.Курыгин, П.Н.Ромашенко, А.В.Кольц, В.В.Семенов, Б.Б.Бромберг* (кафедра факультетской хирургии им. С.П.Фёдорова, ВМедА им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург). **Симультанные операции при первично-множественном раке у больных пожилого и старческого возраста.**

1. Больная Б., 79 лет, поступила в плановом порядке в клинику нашей кафедры 02.06.2003 г. с жалобами на изжогу, чувство тяжести в эпигастральной области после еды, резкое ухудшение аппетита и похудение на 10 кг за последние 2 мес. В течение 7 лет больная находилась под наблюдением урологов по поводу новообразования левой почки, однако оперативное лечение пациентке не предлагали. При обследовании (ФГДС с биопсией, КТ живота) установлен диагноз: первично-множественный метакхронный рак — рак антрального отдела желудка, осложнённый субкомпенсированным стенозом, опухоль левой почки. По совокупности тяжести хирургических заболеваний и сопутствующей терапевтической патологии больная отнесена к III группе по классификации ASA. По абсолютным показаниям 16.06.2003 г. больной выполнена симультанная операция: субтотальная резекция желудка в модификации Гофмейстера — Финстерера с лимфодиссекцией в объёме D2 и нефрэктомия слева. Окончательный диагноз: первично-множественный метакхронный рак — умеренно дифференцированная аденокарцинома антрального отдела желудка (pT3N1M0R0), осложнённая субкомпенсированным стенозом, гипернефроидный рак левой почки (pT1bN0M0R0). Послеоперационный период осложнился левосторонним спонтанным пневмотораксом 24.06.2003 г., по поводу чего выполнено дренирование левой плевральной полости. На 24-е

сутки пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. При контрольных обследованиях, в том числе в июле 2015 г., данных за рецидив или прогрессирование онкологических заболеваний не получено.

2. Больной К., 72 года, поступил в плановом порядке в клинику нашей кафедры 11.03.2014 г. с жалобами на учащение полуоформленного стула и примесь в нем слизи. Жалобы появились 3 мес назад. При обследовании (ФГДС с биопсией, ирригоскопия, колоноскопия с биопсией, КТ живота) диагностированы рак антрального отдела желудка и рак прямой кишки. По классификации ASA пациент отнесен к III группе операционно-анестезиологического риска. По абсолютным показаниям 19.03.2014 г. выполнена симультанная операция: передняя резекция прямой кишки, субтотальная резекция желудка в модификации Бильрот I с лимфодиссекцией в объеме D2. Окончательный диагноз: первично-множественный синхронный рак — умеренно дифференцированная аденокарцинома прямой кишки (pT4N0M0R0), умеренно дифференцированная аденокарцинома желудка (pT1N0M0R0). Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент выписан на 14-е сутки в удовлетворительном состоянии. При контрольных обследованиях в 2014 г. и сентябре 2015 г. данных за рецидив или прогрессирование онкологических заболеваний не получено.

Ответы на вопросы. У первой больной наибольший размер опухоли почки был 6 см. Пневмоторакс был спонтанным. Слева подключичный катетер не устанавливали. Длительное время госпитализации (24 дня) связано с лечением пневмоторакса. Адъювантную терапию не проводили. Второй больной находился в ОРИТ 5 сут, начал ходить с 6-х суток. Масса тела уменьшилась с 60 до 54 кг. Доступ сразу был выбран традиционный. Длительность операции 3 ч. Обследование начали с толстой кишки. Операцию начали с резекции желудка в связи с менее контагиозной флорой. Иммуногистохимическое исследование не проводили. Онкомаркеры были в пределах нормы.

Прения

В.И.Кулагин. В клинике А.Г.Земляного А.И.Бугаев исследовал материал 3 тыс. симультанных операций. Было показано, что длительность операций существенно не увеличивается, а частота осложнений не изменяется, что делает их выполнение возможным и показанным.

М.Д.Ханевич. Синхронный рак встречается всё чаще — до 10%. Поэтому важно тщательно обследовать больных, особенно пожилых и стариков. Возможность производить симультанные вмешательства должна обсуждаться до операции. У обоих больных были показания к адъювантной химиотерапии. При раке почки мы наблюдали рецидив через 20 лет.

Н.А.Майстренко. Операции не эксклюзивные, но хотелось показать их возможность. Их частота, по данным литературы, — 6%. Можно было выполнить операции лапароскопически. Оба больных консультированы в онкодиспансере, адъювантная терапия не рекомендовалась. Органосохраняющую операцию при раке почки считаем нецелесообразной, больная консультирована с онкоурологами. Методику Fast-track применяли.

А.М.Карачун (председатель). Представленные больные доказывают возможность и относительную безопасность симультанных операций.

2. М.Д.Ханевич, С.М.Вашкуров, А.В.Анисимова (СПбГБУЗ Санкт-Петербургский Городской клинический

онкологический диспансер). **Эффективное комплексное лечение больной с нейроэндокринной опухолью поджелудочной железы.**

Больная Б., 54 года, поступила в ГКОД 12.05.2009 г. по поводу опухоли тела и хвоста поджелудочной железы. 26.05.2009 г. больной выполнена операция. В области тела поджелудочной железы с переходом на хвост имелась опухоль размером 8х6 см с четкими контурами, врастающая в селезеночную вену. Произведена криодеструкция опухоли с помощью аппарата «Крио МТ» аппликатором диаметром 5 см при температуре -186°C с последующей субтотальной дистальной резекцией поджелудочной железы и лимфодиссекцией в объеме D2. Плановые гистологическое и иммуногистохимическое исследования: эндокринная карцинома, пролиферация по Ki-67 — 5%, в регионарных лимфатических узлах метастазов не обнаружено. В послеоперационном периоде последовательно развились: панкреатит, левосторонняя нижнедолевая пневмония, спаечная тонкокишечная непроходимость. 03.06.2009 г. больной произведена срочная операция: релапаротомия, разделение спаек, устранение непроходимости. Через 3 года, в мае 2012 г., при очередном обследовании констатировано прогрессирование заболевания. При МРТ-исследовании обнаружены 2 гипervasкулярных метастаза в Svi, SVIII печени. Двукратно (25.06.2012 г. и 16.08.2012 г.) выполнена химиоэмболизация правой печеночной артерии эмбоферами, насыщенными доксорубицином. При контрольной МРТ живота 17.09.2012 г. метастазов не обнаружено. В течение 3 лет пациентка находится под наблюдением, включающем МРТ живота, контроль биохимических маркеров, метаболитов серотонина. Последнее обследование проведено в декабре 2015 г. Данных за прогрессирование заболевания не обнаружено. Лабораторные показатели: хромогранин А, нейронспецифическая эналаза, 5-оксииндолуксусная кислота — в моче в пределах референсных значений. Субъективно состояние пациентки удовлетворительное. Имеет III группу инвалидности. Продолжает трудиться по специальности. Ведет активный образ жизни. Данное наблюдение убедительно иллюстрирует необходимость строгого динамического наблюдения пациентов с нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы с целью своевременного выявления рецидива заболевания и применения комплексных методов лечения.

Ответы на вопросы. Уровень сахара в крови до операции в пределах нормы, после — не выше 8 ммоль/л. До операции диагноз нейроэндокринной опухоли не был поставлен. Характерная картина может быть получена при ангиографии. Стадию определяем как G2. Панкреатит лечили медикаментозно. Во время операции по поводу спаечной непроходимости кишечника её признаков уже не было. Криодеструкцию проводили с целью повышения радикализма, причем операцию переносят более легко. Левую и правую желудочные артерии перевязывали в связи с опухолевой инфильтрацией около чревного ствола. Опасность кровотечения заставила отказаться от дооперационной пункционной биопсии.

Прения

П.Н.Ромашенко. Речь идет о нефункционирующей нейроэндокринной опухоли поджелудочной железы. Опухоль соответствует G1, характеризуется более благоприятным течением и прогнозом после хирургического лечения — дистальной резекции поджелудочной железы. Выявленные в отдалённом периоде образования в печени не доказывают их

метастатическое происхождение без морфологического подтверждения. Местные признаки роста и инвазии опухоли в селезеночные сосуды свидетельствуют о необходимости проведения адъювантной химио- и таргетной терапии, несмотря на высокую степень дифференцировки — G1.

М.Д.Ханевич. Дооперационный гистологический диагноз не оправдывает себя. Перевязка левой и правой желудочных артерий эффективна по данным Ю.И.Патютко. Криодеструкция обеспечивает улучшение абластики. Частота осложнений уменьшается. Химиоэмболизация доксорубином позволяет улучшить отдаленные результаты. У больной 3 года не было метастазов.

В.А.Кашенко. Онкология развивается по пути предоперационного стадирования, но здесь не было не только цитологического, но и гистологического, и иммуногистохимического заключения.

А.М.Карачун (председатель). Отмечается расширение стандартов лечения опухолей поджелудочной железы.

ДОКЛАД

В.В.Анисимов, Г.И.Гафтон, Ю.В.Семилетова, М.Ю.Мяснякин (НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова, Санкт-Петербург). **Причины и последствия нерадикального хирургического лечения больных с первичной меланомой кожи.**

Материалом для настоящего исследования послужили ретроспективные клинико-морфологические данные о 1126 больных с гистологически верифицированной меланомой кожи, пролеченных за период с 1985 по 2010 г. в нашем институте. У 838 больных имела место первичная меланома кожи, они составили контрольную группу. Всем им было выполнено широкое иссечение опухоли под общим обезболиванием. Судьба всех 838 больных была прослежена в сроки от 1 мес до 18 лет. Остальным 288 пациентам первичная опухоль была нерадикально (экономно) иссечена амбулаторно под местной инфильтрационной анестезией в различных лечебных учреждениях Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Экономное иссечение первичной меланомы кожи под местной инфильтрационной анестезией резко ухудшает прогноз заболевания. Частота последующего прогрессирования опухолевого процесса достигает 75,3%. Чаще всего нерадикальному хирургическому лечению подвергались пациенты, у которых первичная меланома кожи имела линейные размеры до 1 см и розовую окраску. Пациенты с опухолями кожи, прежде всего, должны быть осмотрены онкологом. К сожалению, имеет место недостаточное знание врачами семиотики первичных меланом кожи. При анализе первичных обращений оказалось, что значительный контингент больных (46,9%) обратились к хирургу или дерматологу. Далее были проанализированы показатели общей и безрецидивной выживаемости пациентов. Для этого весь массив пациентов (1017) разделили на три группы. Первую, контрольную группу, составили 838 радикально оперированных больных с морфологически верифицированной меланомой кожи в НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова. Ко второй опытной группе были отнесены 93 пациента, которым было выполнено нерадикальное иссечение меланомы кожи. Однако при гистологическом исследовании послеоперационных рубцов рецидивов не было выявлено. В результате клинического обследования метастазов также не было обнаружено. Третья опытная группа состояла из 86 больных, которым также было выполнено нерадикальное иссечение

меланомы кожи, однако к моменту поступления для последующего радикального лечения имелись местные рецидивы в послеоперационных рубцах и/или метастазы. Выявлено, что возникновение местного рецидива или метастазов после нерадикального лечения до начала радикального лечения резко ухудшает прогноз заболевания. Отсутствие рецидива заболевания у нерадикально леченных больных с первичной меланомой кожи до начала радикального лечения является благоприятным прогностическим фактором. У нерадикально леченных больных, даже при отсутствии процедуры, местного рецидива и/или метастазов к моменту широкого иссечения послеоперационного рубца, прогноз заболевания ухудшается за счет снижения показателей пострецидивной выживаемости ($p < 0,001$). Все пациенты, подвергшиеся нерадикальному хирургическому лечению первичной меланомы кожи, нуждаются в последующем широком иссечении (отступя не менее 2 см) послеоперационного рубца под общим обезболиванием в наиболее ранние сроки.

Ответы на вопросы. При раннем диагнозе меланомы кожи лица от опухоли можно отступить 1 см. Пункционная биопсия проводится вдоль поверхности кожи, а не поперек. При рецидиве без метастазов возможно простое широкое иссечение.

Прения

М.Д.Ханевич. Не прозвучало как оперировать. Отступить не менее 2 см, не пользоваться местной анестезией, радиочастотной аблацией, криовоздействием. Опухоль коварна. Классификация сложна. Если современный хирург сталкивается с такой опухолью, возможны два действия: пункционная биопсия или консультация онколога. Хирурги либо не делают исследование препарата, либо производят нерадикальное вмешательство под местной анестезией. Проходит длительное время до обращения больного к онкологу. В Институте онкологии прием этих больных ведут ежедневно.

Г.М.Манихас. Меланомами должны заниматься специалисты. Пациент — близкий к врачу человек. Врач доступен. 160оек для города достаточно.

А.М. Карачун (председатель). Меланома — опухоль, которой должны заниматься специалисты, и возможностей для её лечения в городе достаточно.

Поступил в редакцию 27.04.2016 г.

2468-е заседание 23.03.2016 г.

Председатель — А.В.Хохлов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. К.В.Павелец, В.В.Дмитриченко, Д.В.Гацко, О.В.Кулешов, В.А.Мальков (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова, СПбГПМУ; Санкт-Петербургский многопрофильный центр Минздрава России). **Опыт лечения рецидивного эпифренального дивертикула.**

Больная В., 50 лет, 07.02.2013 г. была госпитализирована в плановом порядке в СПКК НМХЦ с диагнозом направления: эпифренальный дивертикул пищевода. На момент госпитализации пациентка предъявляла жалобы на дисфагию, дискомфорт за грудиной при употреблении твердой

пищи. Впервые отметила описанные выше жалобы в 2012 г. Обследована (ФГДС, рентгеноскопия пищевода). Обнаружен дивертикул нижнегрудного отдела пищевода размером 5×5 см с явлениями дивертикулита. 08.02.2013 г. в СПКК НМХЦ было выполнено правостороннее видеоторакоскопическое удаление эпифренального дивертикула пищевода. В послеоперационном периоде на 4-е сутки диагностирована правосторонняя нижнедолевая плевропневмония. При рентгеноскопии пищевода затека контрастного вещества за пределы стенки пищевода не обнаружено. На 7-е сутки при повторной контрольной рентгеноскопии пищевода выявлен параэзофагеальный затек в области зоны аппаратного шва. Дальнейшее лечение больной проводилось в специализированном отделении Городской многопрофильной больницы № 2. 15.03.2013 г. была сформирована энтеростома, которая была 28.05.2013 г. устранена. В марте 2015 г. пациентка вновь стала отмечать дискомфорт за грудиной при употреблении твердой пищи. При ФЭГДС и рентгенологическом исследовании выявлен рецидив дивертикула нижней трети пищевода размером 5×3 см. Повторно оперирована 15.05.2015 г. Выполнены торакотомия в шестом межреберье справа, тотальный плеврелизис, удаление дивертикула пищевода. Послеоперационное течение гладкое. По данным контрольной рентгеноскопии, на 7-е сутки после оперативного вмешательства выхода контраста за пределы пищевода не обнаружено. В удовлетворительном состоянии пациентка выписана из стационара. Через 8 мес состояние удовлетворительное. При контрольном обследовании данных за рецидив нет.

Ответы на вопросы. Во время первой операции основание дивертикула было больше размера скрепочной кассеты, пришлось применить две. Возможно, несостоятельность произошла между ними. Аппаратный шов укрывали рядом узловых. При несостоятельности швов после первой операции вмешательство на пищеводе не производили. Бригады хирургов были разные. Первым признаком рецидива была внезапная боль в области ключицы. Отказ от эндоскопического вмешательства при второй операции объяснялся перенесенным гнойным плевритом и спаечным процессом в плевральной полости. Скрепочного шва во время второй операции не обнаружено. Гистологическое заключение: ложный дивертикул, представленный фиброзной тканью.

А.В.Хохлов (председатель). Достигнуто выздоровление больной. При несостоятельности швов иногда полезно вакуумное интраскопическое дренирование.

2. В.А.Кащенко, В.Н.Горбачев, Е.А.Сишкова, Е.Г.Солоницын, Т.В.Савельева, И.О.Шаццло (ФГБУЗ КБ № 122 им. Л.Г.Соколова ФМБА России; кафедра факультетской хирургии СПбГУ). **Редкая локализация зоны панкреонекроза вдоль всего главного панкреатического протока и полным замещением протока продольной кистой поджелудочной железы.**

Больной П., 33 года, в течение 3 мес страдал приступами острых болей в эпигастрии, сопровождавшимися тошнотой и рвотой. Неоднократно лечился в стационарах города с диагнозом «острый панкреатит». Отмечал приступы болей, которые купировались только введением фентанила. Больной страдал гипертонической болезнью с высоким уровнем артериального давления и нефротическим синдромом, почечной недостаточностью. 27.08.2015 г. произведена нефробиопсия. В нефрологической клинике высказано предположение об остром повреждении почек в июле 2015 г.,

тромботическая микроангиопатия, III стадия ОПП по KDIGO, хронический нефротический синдром (?), реконвалесценция; вторичная артериальная гипертензия; васкулит с поражением почек, желудочно-кишечного тракта? Аутоиммунное заболевание? Больной направлен в КБ № 122. 18.09.2015 г. при сканировании поджелудочной железы (ПЖ) определяется отек парапанкреатической клетчатки, поджелудочная железа обычных размеров, контуры ее нечеткие, эхоструктура определяется фрагментарно в виде чередования более гипоэхогенных участков в проекции главного протока ПЖ и гиперэхогенных периферических участков, в проекции главного протока ПЖ определяются анэхогенные зоны шириной до 10–16 мм, сливающиеся между собой, содержащие гипо- и гиперэхогенные структуры (детрит?), а также конкременты овальной формы до 12 мм без четкой акустической тени. Заключение: эндосонографические признаки деструктивного панкреатита с формированием некротических кист и конкрементов в главном протоке ПЖ, микрохоледохолитиаз. Проведен анализ всех ранее выполненных лучевых методов исследования, включавших данные СКТ от июля 2015 г. и МРТ, выполненных в динамике 17 и 21 сентября 2015 г.: размеры железы увеличены за счет значительного расширения главного панкреатического протока (до 23–25 мм) и сохранения отека паренхимы. В динамике отмечается ухудшение в виде возрастания жидкостного компонента внутри панкреатического протока за счет частичного лизиса интраскопических включений, которые ранее заполняли практически весь просвет протока. Содержимое протока имеет пониженный МР-сигнал во всех типах взвешенности с элементами гиперинтенсивных включений. Данные изменения могут соответствовать как конкрементам, так и детриту с лизирующимися сгустками крови. При внутривенном контрастировании данные включения демонстрируют свою аваскулярность, на уровне хвоста железы имеются участки более выраженных фиброзных и отечных изменений на фоне расширенного протока — вероятно лизис секвесторов на фоне панкреонекроза. Заключение: МР-признаки острого панкреатита с возможным формированием некроза в перипротоковых отделах железы, частичным лизисом секвесторов по сравнению с данными от 17.09.2015 г., выраженная вирусногнойная инфекция. 22.09.2015 г. выполнена операция: холецистэктомия, холедохотомия, дренирование общего желчного протока по Керу, дренирование малой сальниковой сумки, продольная панкреатикоеюностомия. Во время операции из резко расширенного панкреатического протока эвакуированы геморрагический экссудат и множество некротических тканей. При этом большая часть расплавленной на расширенном протоке паренхимы ПЖ выглядела малоизмененной. Обычная инструментальная санация протока была дополнена его эндоскопической ревизией и санацией, при которой выявлено большое количество свободных и фиксированных некротизированных тканей, детрит. По данным гистологического исследования — фрагменты ткани ПЖ с картиной геморрагического некроза. Плотность стенок панкреатического протока была достаточной для создания надежного продольного панкреатоеюноанастомоза. В раннем послеоперационном периоде (2 нед) возникло тонкокишечное кровотечение (из зоны Ру-анастомоза) — остановлено консервативно. Выписан на 24-е сутки после операции. В отдаленном послеоперационном периоде жалоб со стороны брюшной полости нет, сохраняется повышенный уровень креатинина в крови (0,270 ммоль/л).

Ответы на вопросы. Больной лечился в нескольких высококвалифицированных учреждениях. Крепкий алкоголь употреблял не чаще 1 раза в неделю, пиво пил регулярно. Энергетические напитки перестал употреблять 2 года назад. Глюкоза в крови была в пределах нормы. Больной заболел 16 июля, госпитализирован 21 июля. До поступления масса тела 120 кг, снизилась до 67, сейчас 90 кг. Боль была сильной, невыносимой в течение 3–4 дней, затем наступал светлый промежуток до следующего приступа. Планировались анастомоз или наружное дренирование, операцию Фрея не планировали. Геморрагический некроз железы был вдоль всего главного панкреатического протока, но перехода на парапанкреатическую клетчатку не было. Камни в пузыре были мелкие, 4–8 штук. Местного перитонита не было. Кровотечение было из еюноеюноанастомоза (однорядный шов) на фоне гипокоагуляции (МНО 4,5), назначения клексана. Камней в кисте не было.

Прения

В.И.Кулагин. Такая ситуация нередка, способствуют ее развитию стриктуры панкреатического протока. Боли связаны с приемом пищи. Это — хронический панкреатит. В таких ситуациях можно заменить хирургическое лечение эндоскопическим дренированием.

В.И.Ковальчук. Докладчики не видели перехода острого панкреатита в хронический. Болевой синдром развился на фоне изменений протока в виде «цепи озер», полиорганный, в частности почечной недостаточности. План операции оказался правильным и оказался эффективным. Операция Вакабаяши вряд ли оказалась бы полезной.

В.Р.Гольцов. Панкреатит хронический. Причина вирусноэктазии — стриктуры протока. Особенность наблюдения — в развившемся кровотечении.

Н.Ю.Коханенко. Это — хронический панкреатит. При остром панкреатите анастомоз сформировать невозможно. Создан панкреатикоэктоеюноанастомоз. Сейчас не выделяют жировой и геморрагический панкреонекрозы. Он всегда смешанный. Анастомоз оказался эффективным.

А.В.Хохлов (председатель). Определение процесса способствовало правильному плану операции и хорошему исходу.

ДОКЛАД

А.Д.Ахметов, В.А.Кащенко, А.В.Лодыгин (НУЗ Дорожная клиническая больница «ОАО РЖД», кафедра

факультетской хирургии СПбГУ). **На пути создания национального реестра герниологических больных.**

Современная герниология — это постоянно растущее число синтетических протезов, шовных материалов, огромный опыт оперативных вмешательств, наблюдения за пациентами. Без преувеличения можно утверждать, что эта область хирургии находится на острие «хирургической» мысли. Все современные разработки медицины своевременно находят свое применение при лечении пациентов с грыжами. Это касается как диагностического этапа, так и операционных возможностей. Это неизменно сказывается на результатах лечения — отмечается улучшение за последние десятилетия. Тем не менее, существуют и проблемы: множество методик, материалов и сетчатых имплантатов, вариативность патологических изменений создают трудности в выборе типа операции и протезов. Одним из решений проблемы стало создание в мире проектов долгосрочного наблюдения за пациентами, которые со временем преобразовались в Национальные герниологические регистры. Самые первые из них насчитывают 170–250 тыс. наблюдений. Использование таких регистров позволило снизить частоту рецидивов и осложнений более чем в 2 раза. Накопленные данные по отдаленным результатам операций позволили найти лучшее при всем многообразии методик. В 2009 г. разработан германский герниологический регистр «Herniamed». За несколько лет он превратился в мощнейший статистический инструмент в герниологии в Германии, Австрии, Италии и других странах, обобщая результаты работы более 300 клиник Европы. Они представлены общественности в журналах «Hernia», «Surgical Endoscopy» и др. Существуют и другие, не менее результативные проекты наблюдения в Швеции, Франции, Дании. С 2013 г. наша клиника была также включена в регистр «Herniamed». Нарботан опыт работы с подобными стандартами наблюдения, а с 2015 г. начато создание собственного герниологического реестра с онлайн платформой «Hernia-lab».

Ответы на вопросы. В регистре пока 150 больных. Инициатива поддержана Обществом герниологов. Хирурги могут пользоваться результатами.

Прения

А.В.Хохлов (председатель). Великолепный проект. Призывает участвовать в нем для доказательной оценки результатов лечения больных с грыжами и составления национальных рекомендаций.

Поступил в редакцию 27.04.2016 г.